Formulario de consentimiento para la administración de la vacuna contra la influenza 2009 H1N1

Sección 1: Información sobre el niño que va a recibir la vacuna (escribir en letra imprenta)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Apellido)	(Nombre)	(Inicial 2.º nombre)	**FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE mes_____ día_____ año _____**		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (Apellido)	(Nombre)	(Inicial 2.º nombre)	**EDAD DEL ESTUDIANTE**	**SEXO DEL ESTUDIANTE M / F**	
DIRECCIÓN			**TELÉFONO DEL PADRE O TUTOR LEGAL DURANTE EL DÍA:**		
CIUDAD	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**			
NOMBRE DE LA ESCUELA			**GRADO**		

Sección 2: Preguntas para determinar si el estudiante puede recibir la vacuna Si su hijo ya recibió la vacuna contra la influenza 2009 H1N1, por favor díganos el número de dosis que recibió y las fechas de vacunación.

☐ Dosis 1 Fecha de administración: mes_____día_____año_____

☐ Dosis 2 Fecha de administración: mes_____día_____año_____

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar si su hijo puede recibir la vacuna contra la influenza 2009 H1N1. Por favor responda SÍ o NO a cada pregunta.
Si responde "SÍ" a una o más de las siguientes preguntas, por favor contacte el doctor de su niño para determinar si su niño puede ser vacunado en la escuela.

	SÍ	NO
1. ¿Su hijo tiene una alergia grave a los huevos?	☐	☐
2. ¿Su hijo tiene alguna otra alergia grave, que usted sepa? Por favor indique: _____	☐	☐
3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez una reacción grave a una dosis previa de la vacuna contra la influenza?	☐	☐
4. ¿Su hijo ha tenido alguna vez el síndrome de Guillain-Barré (un tipo de debilidad muscular temporal grave) dentro de las 6 semanas después de haber recibido la vacuna contra la influenza?	☐	☐

Sección 3: Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO:

He leído o me han explicado la información sobre la vacuna contra la influenza 2009 H1N1 para la temporada del 2009-2010 y entiendo los riesgos y beneficios.

AUTORIZO al Departamento de Salud de y a su personal para que mi niño nombrado al comienzo de ésta forma a que sea vacunado en la escuela (Si esta forma no es regresada a la escuela, su niño no será vacunado)

Firma del padre o tutor legal _____

Fecha: mes_____día_____año_____

Sección 4: Registro de vacunación

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number (1st or 2nd)	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM				
2009 H1N1	/ /	IM				